A 35 años de la primera experiencia alternativa al manicomio

MADE IN LANUS



Hoy es común pensar que la psiquiatría manicomial no es la única instancia que queda cuando de locos se trata. Pero hace 35 años las cosas no eran ni tan obvias ni tan fáciles. En ese entonces, Mauricio Goldenberg comenzó en el Policlínico Aráoz Alfaro de Lanús una experiencia que aún hoy se recuerda como un modelo de lo que se puede hacer para mejorar la salud mental de la población (y la salud a secas) cuando hay talento y buena voluntad. Goldenberg, que hoy vive en Venezuela, vendrá la semana próxima a Buenos Aires para festejar sus 75 años y participará del homenaje del Servicio de Psicopatología del Hospital de Lanús que se llevará a cabo el 28, 29 y 30 en el Colegio Nacional de Buenos Aires, del que participarán también conspicuos psiquiatras y psicoanalistas de las más variadas escuelas y capillas. Este FUTURO evoca aquella historia a través del testimonio del propio Goldenberg y de dos de sus más notorios discípulos, el ex director Nacional de Salud Mental Vicente Galli y el psiquiatra sistémico Carlos Sluzki.



Lanús y la salud mental

Los hospitales psiquiátricos surgieron en Europa en los siglos XVI y XVII como modo de "ordenamiento espacial" para contener las masas marginadas que habían aumentado notablemente en la época del mercantilismo y del absolutismo iluminado. Nacieron como instituciones de la miseria, para pobres, indigentes y enfermos. Hoy, en los finales del siglo XX, en la mayor parte del mundo la asistencia al enfermo mental sigue girando alrededor del hospital psiquiátrico, que viene despertando críticas crecientes desde el siglo XIX. En la actualidad se cuestiona seriamente la razón de su existencia, porque su modalidad asistencial "aísla al enfermo de su medio, generando mayor discapacidad social"; "...pone en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo"; "requiere la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental"; y porque imparte "...una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores". Todo esto es extracto de la Declaración de Caracas, aprobada por aclamación el 14 de noviembre de 1990, en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, organizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y realizada por autoridades políticas de salud, docentes universitarios, juristas, parlamentarios, psiquiatras, psicólogos, sanitaristas, sociólogos, terapistas ocupacionales y enfermeros en representación oficial de 17 países, incluida la Argentina.

Entre otros, con el auspicio de la Asociación Mundial de Psiquiatría, y de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos de la OEA.

En la parte expositiva, la Declaración afirma que "la reestructuración de la atención psiquiátrica" debe promover "modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales", lo que "implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico". Que los recursos y tratamientos deben "salvaguardar la dignidad personal y los derechos humanos y civiles", buscando "la permanencia del enfermo en su medio comunitario", para lo que instan a los gobiernos a que ajusten sus leyes para eso. Enfatizando que el eje rector del modelo asistencial propuesto pasa por el servicio de salud comunitario y la atención e internación en los hospitales generales.

Lo que sustenta la Declaración de Caracas tiene que ver con lo que desde hace varias décadas se viene produciendo en el mundo: exitosas experiencias alternativas a la psiquiatría asilar en distintos países. Por caminos propios, y con dificultades comunes derivadas de la lentitud con la que se logran cambiar los intereses, valores y modos de plantear o abordar los problemas con los que una cultura incide en las conductas, los pensamientos y las actitudes de los individuos —supuestamente singulares— que las integran. A lo que hay que agregar, en países como el nuestro, las interrupciones catastróficas a los procesos de transformación y crecimiento social que generan perplejidad y desconcierto, fracturas de la memoria, aislamientos individualistas y la dolorosa sensación de que hay que comenzar todo de nuevo cada vez.

Sin desmedro valorativo de experiencias previas más puntuales, la matriz y el estilo de las transformaciones conceptuales y prácticas sobre la salud mental en nuestro país provienen del propio desarrollo e irradiación del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús, que fue fundado y dirigido por Mauricio Goldenberg desde 1956 hasta 1972; y luego por Valentín Barenblit, hasta 1976-7. Fueron años fecundos e innovadores, en los que Goldenberg articuló un numeroso grupo de profesionales de distintas disciplinas y tendencias en diálogo permanente con la tarea, que era mucha y valorada como la ética central de la organización: dar cabida y soluciones a todas las problemáticas de salud mental de los que buscaban ayuda en el servicio y los habitantes de los barrios marginales del partido de Lanús y que fueron en incremento exponencial porque encontraron respuestas. Fue el primer servicio de psicopatología en hospital general de Latinoamérica, con internación de pacientes en sala abierta junto a clínica médica, hospital de día, asistencia en consultorios externos individuales y grupales para niños, adolescentes, adultos y ancianos. Programas para alcoholistas, programas comunitarios en las vecindades del hospital. Con conflictos, entusiasmos y creatividad permanente para todos los que allí trabajamos. Con una presencia extensa hacia otros servicios que fueron apareciendo en hospitales, en los centros de salud mental que se fueron creando en Buenos Aires y en algunas provincias.

Lanús promovió y demostró la posibilidad del trabajo conjunto de enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras y psicoanalistas para asistir a los que concurrían al hospital y para ligarse con líderes comunitarios y organizaciones de base para programas sociales. Lo que sigue siendo hoy uno de los ejes básicos de las propuestas actuales en salud mental en el mundo.

Esas líneas de trabajo fueron las que promovieron multiplicidad de desarrollos similares en varios países. En el nuestro, años después sirvieron de base para que en 1984 todas las provincias acordaran con el gobierno central que una de las prioridades en salud era la referida a lo mental, y que se desarrollara un enérgico programa conjunto de transformaciones en los sistemas asistenciales y preventivos, en los que la experiencia de Lanús marcó rumbos y orientaciones. Hoy esto sigue desplegándose vigorosamente en varias provincias. Aunque el gobierno central haya dejado de tener injerencia y coordinación en esas políticas.

Las Primeras Jornadas-Encuentro del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús convocan a todos los directa o indirectamente vinculados con él, de todas las épocas, tanto como a todos los trabajadores de salud mental de servicios similares. Se realizarán el 28, 29 y 30 de agosto, en el Colegio Nacional de Buenos Aires. Buscan recuperar historias, evaluar experiencias y posibilidades actuales, construir sentidos y proyectos nuevos. También, para homenajear a su fundador, Mauricio Goldenberg.

** Psicoanalista, psiquiatra, profesor titular en el Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina (UBA), ex director nacional de Salud Mental (1984-89).*

Servicio de Psiquiatría del

ANTES D CAPILL

Por Rolando Graña

El edificio del Borda está calcado del célebre hospicio francés de la Salpetrière. Hasta él llegó por primera vez con el psicoanálisis Enrique Pichon Rivière en 1949. Pero fue una excepción: la psiquiatría manicomial y sus métodos poco contemplativos mantenían a fines de los años 50 en la Argentina un poder notable. Por eso, 35 años después, la experiencia del Servicio de Psiquiatría del Policlínico Aráoz Alfaro de Lanús se recorta como un hito notable en la humanización de los tratamientos de salud mental, que hasta entonces en las instituciones públicas se nutrían exclusivamente de pastillas, chalecos de fuerza y electroshocks.

Revalorizar la experiencia del hospital de Lanús, como va a suceder a partir del viernes en el Colegio Nacional de Buenos Aires cuando comiencen las jornadas encuentro de todos los que trabajaron en aquel servicio de psicopatología, los mismos que luego liderarían capillas irreconciliables, será también una invitación al debate sobre las responsabilidades sanitarias del Estado en tiempos en los que, con la coartada de la escasez de recursos, los gobiernos se desentienden cada vez más de la salud de la población.

ERAN TRES HOSPITALES

Había una vez tres hospitales iguales, construidos por el recién derrocado gobierno peronista. Era el año 1956 y las autoridades sanitarias de la Revolución Libertadora querían reestructurarlos tras las purgas que siempre suceden en estos casos. En uno de ellos se decidió crear un servicio de Neurología, en otro uno de Neurocirugía y en el tercero, el Policlínico Aráoz Alfaro de Lanús, uno de Psicopatología. Quien ganó el concurso para dirigirlo fue Mauricio Goldenberg, psiquiatra a la sazón, pero con la suficiente apertura de criterio como para convocar a su alrededor a profesionales de la salud mental que no fueran fanáticos de las pastillas y los electroshocks.

"Nuestro proyecto cuando comenzamos era ver si podíamos hacer otra psiquiatría y, más aún, ampliar el campo para trabajar en salud mental. Para realizarlo teníamos que integrar a trabajadores de otras áreas vinculadas a la psiquiatría, formar equipos interdisciplinarios y prestar una asistencia comunitaria (prevención primaria, secundaria y terciaria) a partir de un servicio (abierto) de psiquiatría en un hospital general", recordó Goldenberg años después (ver página 4).

Claro que la inserción de estos psiquiatras de criterios amplios no fue fácil en el contexto de un hospital general, y para entender estas cosas el espacio es una buena metáfora: el pabellón original del Servicio de Psicopatología funcionó varios años al lado de la morgue, jardín de por medio con el edificio madre. Poco a poco, —y en estos todos los discípulos que por allí pasaron lo reconocen sin tapujos— el talento organizativo de Goldenberg fue logrando que lo aceptaran sus colegas médicos y además fue sumando otras escuelas a los diagnósticos de salud mental.

Por cierto, los tiempos lo favorecían. En aquellos años, el desarrollismo —como hoy el ajuste y las privatizaciones— era ofrecido como el dogma socioeconómico que iba a corregir las miserias sin trastornar el sistema, sin necesidad de desembocar en una revolución como la cubana. Pero hete aquí que todo desarrollo necesita de recursos humanos. Por eso cobraron gran auge los planes educativos (recordar la experiencia de Paulo Freire en el Chile democristiano) y la planificación sanitaria. Se entendió también que la locura bien podía arruinar la mano de obra, así que por qué no probar con un servicio de Psicopatología en una zona obrera. "En el marco de la Alianza para el Progreso y la reunión de Punta del Este se planteó la necesidad de que se hiciera una planificación de los sectores sociales y se comenzó a enfatizar que el desarrollo necesitaba de trabajadores sano; se trataba entonces de desarrollarse económicamente, de planificar lo social y entre esto la salud, y la buena salud de nuestro pueblo iba a darse consecuentemente", recuerda Silvia Chiarvetti, titular de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, en un trabajo sobre ciencias sociales y salud.

En realidad, no puede entenderse la experiencia del hospital de Lanús, la envergadura que tomaría y su trágico desenlace y persecuciones si no se la pone en paralelo con el nacimiento de la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y una cierta apertura de parte de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). "Tanto José Bleger como Marie Langer derivaron discípulos al Servicio de Psicopatología de Lanús", recuerda Juan Carlos Volnovich, psicoanalista de niños y uno de los que trabajó a las órdenes de Goldenberg. Volnovich es, además, miembro del "espacio institucional" que se encargó de la organización del encuentro que se llevará a cabo en el Nacional Buenos Aires.

Por su parte, otros dos psiquiatras que trabajaron en Lanús en los mejores tiempos, Mario Fuks y Lucía Barbero, recuerdan que el Servicio de Psicopatología era en la época un lugar prestigioso, "un proyecto colectivo donde los pacientes podían ser oídos, atendidos y curados, donde se veían los resultados".

ANTES DE LAS CAPILLAS

Por el Servicio de Psicopatología de Lanús pasaron los más destacados profesionales "psi", esos que luego, con sus discípulos, alumnos y pacientes harían de Buenos Aires la Meca del psicoanálisis de América latina. Sobre todo, pasaron antes de que las rencillas académicas, doctrinales o por puro prestigio los separaran para siempre. Aquí van algunos nombres: Hernán Kesselman, uno de los fundadores del grupo Plataforma, aquel que se escindió de la APA criticando su apoliticismo; Carlos Sluzki, hoy uno de los mayores terapeutas sistémicos, radicado en Estados Unidos (ver columna de opinión en esta misma página); psicoanalistas de niños como Aurora Pérez, especialistas en adolescentes como Octavio Fernández Mouján; sanitaristas de renombre internacional como Alejandro Tarnopolski, hoy en Londres, o Isaac Lebav (en aquellos tiempos se llamaba Tuncho Lubchansky), actual director de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud; Juan David Nasio, hoy en París y uno de los mejores discípulos de Jacques Lacan; Vicente Galli, ex director de Salud Mental durante el gobierno radical.

Todos ellos, en sus años de formación, confluyeron en Lanús y atendieron tanto a obreros con problemas de alcoholismo o violencia familiar como a gente de clase media que no podía pagar honorarios de consultorio pero quería mantener una terapia como Freud manda. Y por supuesto, estudiantes de Psicología.



Lanús y la salud mental

Los hospitales psiquiátricos surgieron en Europa en los siglos XVI y XVII como modo de "ordenamiento espacial" para contener las masas marginadas que habían aumentado notablemente en la época del mercantilismo y del absolutismo iluminado. Nacieron como instituciones de la miseria, para pobres, indigentes y enfermos. Hoy, en los finales del siglo XX, en la mayor parte del mundo la asistencia al enfermo mental sigue girando alrededor del hospital psiquiátrico, que viene despertando críticas crecientes desde el siglo XIX. En la actualidad se cuestiona seriamente la razón de su existencia, porque su modalidad asistencial "aísla al enfermo de su medio, generando mayor discapacidad social"; "...pone en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo"; "requiere la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental"; y porque imparte "...una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores". Todo esto es extracto de la Declaración de Caracas, aprobada por aclamación el 14 de noviembre de 1990, en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, organizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y realizada por autoridades políticas de salud, docentes universitarios, juristas, parlamentarios, psiquiatras, psicólogos, sanitaristas, sociólogos, terapistas ocupacionales y enfermeros en representación oficial de 17 países, incluida la Argentina.

Entre otros, con el auspicio de la Asociación Mundial de Psiquiatría, y de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos de la OEA.

En la parte expositiva, la Declaración afirma que "la reestructuración de la atención psiquiátrica" debe promover "modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales", lo que "implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico". Que los recursos y tratamientos deben "salvaguardar la dignidad personal y los derechos humanos y civiles", buscando "la permanencia del enfermo en su medio comunitario", para lo que instan a los gobiernos a que ajusten sus leyes para eso. Enfatizando que el eje rector del modelo asistencial propuesto pasa por el servicio de salud comunitario y la atención e internación en los hospitales generales.

Lo que sustenta la Declaración de Caracas tiene que ver con lo que desde hace varias décadas se viene produciendo en el mundo: exitosas experiencias alternativas a la psiquiatría asilar en distintos países. Por caminos propios, y con dificultades comunes derivadas de la lentitud con la que se logran cambiar los intereses, valores y modos de plantear o abordar los problemas con los que una cultura incide en las conductas, los pensamientos y las actitudes de los individuos —supuestamente singulares— que las integran. A lo que hay que agregar, en países como el nuestro, las interrupciones catastróficas a los procesos de transformación y crecimiento social que generan perplejidad y desconcierto, fracturas de la memoria, aislamientos individualistas y la dolorosa sensación de que hay que comenzar todo de nuevo cada vez.

Sin desmedro valorativo de experiencias previas más puntuales, la matriz y el estilo de las transformaciones conceptuales y prácticas sobre la salud mental en nuestro país provienen del propio desarrollo e irradiación del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús, que fue fundado y dirigido por Mauricio Goldenberg desde 1956 hasta 1972; y luego por Valentín Barenblit, hasta 1976-7. Fueron años fecundos e innovadores, en los que Goldenberg articuló un numeroso grupo de profesionales de distintas disciplinas y tendencias en diálogo permanente con la tarea, que era mucha y valorada como la ética central de la organización: dar cabida y soluciones a todas las problemáticas de salud mental de los que buscaban ayuda en el servicio y los habitantes de los barrios marginales del partido de Lanús y que fueron en incremento exponencial porque encontraron respuestas. Fue el primer servicio de psicopatología en hospital general de Latinoamérica, con internación de pacientes en sala abierta junto a clínica médica, hospital de día, asistencia en consultorios externos individuales y grupales para niños, adolescentes, adultos y ancianos. Programas para alcoholistas, programas comunitarios en las vecindades del hospital. Con conflictos, entusiasmos y creatividad permanente para todos los que allí trabajamos. Con una presencia extensa hacia otros servicios que fueron apareciendo en hospitales, en los centros de salud mental que se fueron creando en Buenos Aires y en algunas provincias.

Lanús promovió y demostró la posibilidad del trabajo conjunto de enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras y psicoanalistas para asistir a los que concurrían al hospital y para ligarse con líderes comunitarios y organizaciones de base para programas sociales. Lo que sigue siendo hoy uno de los ejes básicos de las propuestas actuales en salud mental en el mundo.

Esas líneas de trabajo fueron las que promovieron multiplicidad de desarrollos similares en varios países. En el nuestro, años después sirvieron de base para que en 1984 todas las provincias acordaran con el gobierno central que una de las prioridades en salud era la referida a lo mental, y que se desarrollara un enérgico programa conjunto de transformaciones en los sistemas asistenciales y preventivos, en los que la experiencia de Lanús marcó rumbos y orientaciones. Hoy esto sigue desplegándose vigorosamente en varias provincias. Aunque el gobierno central haya dejado de tener injerencia y coordinación en esas políticas.

Las Primeras Jornadas-Encuentro del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús convocan a todos los directa o indirectamente vinculados con él, de todas las épocas, tanto como a todos los trabajadores de salud mental de servicios similares. Se realizarán el 28, 29 y 30 de agosto, en el Colegio Nacional de Buenos Aires. Buscan recuperar historias, evaluar experiencias y posibilidades actuales, construir sentidos y proyectos nuevos. También, para homenajear a su fundador, Mauricio Goldenberg.

** Psicoanalista, psiquiatra, profesor titular en el Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina (UBA), ex director nacional de Salud Mental (1984-89).*

ANTES DE LAS CAPILLAS

Por Rolando Graña

El edificio del Borda está calcado del célebre hospicio francés de la Salpetrière. Hasta él llegó por primera vez con el psicoanálisis Enrique Pichon Rivière en 1949. Pero fue una excepción: la psiquiatría manicomial y sus métodos poco contemplativos mantenían a fines de los años 50 en la Argentina un poder notable. Por eso, 35 años después, la experiencia del Servicio de Psiquiatría del Policlínico Aráoz Alfaro de Lanús se recorta como un hito notable en la humanización de los tratamientos de salud mental, que hasta entonces en las instituciones públicas se nutrían exclusivamente de pastillas, chalecos de fuerza y electroshocks.

Revalorizar la experiencia del hospital de Lanús, como va a suceder a partir del viernes en el Colegio Nacional de Buenos Aires cuando comiencen las jornadas encuentro de todos los que trabajaron en aquel servicio de psicopatología, los mismos que luego liderarían capillas irreconciliables, será también una invitación al debate sobre las responsabilidades sanitarias del Estado en tiempos en los que, con la coartada de la escasez de recursos, los gobiernos se desentienden cada vez más de la salud de la población.

ERAN TRES HOSPITALES

Había una vez tres hospitales iguales, construidos por el recién derrocado gobierno peronista. Era el año 1956 y las autoridades sanitarias de la Revolución Libertadora querían reestructurarlos tras las purgas que siempre suceden en estos casos. En uno de ellos se decidió crear un servicio de Neurología, en otro uno de Neurocirugía y en el tercero, el Policlínico Aráoz Alfaro de Lanus, uno de Psicopatología. Quien ganó el concurso para dirigirlo fue Mauricio Goldenberg, psiquiatra a la sazón, pero con la suficiente apertura de criterio como para convocar a su alrededor a profesionales de la salud mental que no fueran fanáticos de las pastillas y los electroshocks.

"Nuestro proyecto cuando comenzamos era ver si podíamos hacer otra psiquiatría y, más aún, ampliar el campo para trabajar en salud mental. Para realizarlo teníamos que integrar a trabajadores de otras áreas vinculadas a la psiquiatría, formar equipos interdisciplinarios y prestar una asistencia comunitaria (prevención primaria, secundaria y terciaria) a partir de un servicio (abierto) de psiquiatría en un hospital general", recordó Goldenberg años después (ver página 4).

Claro que la inserción de estos psiquiatras de criterios amplios no fue fácil en el contexto de un hospital general, y para entender estas cosas el espacio es una buena metáfora: el pabellón original del Servicio de Psicopatología funcionó varios años al lado de la morgue, jardín de por medio con el edificio madre. Poco a poco, —y en estos todos los discípulos que por allí pasaron lo reconocen sin tapujos— el talento organizativo de Goldenberg fue logrando que lo aceptaran sus colegas médicos y además fue sumando otras escuelas a los diagnósticos de salud mental.

Por cierto, los tiempos lo favorecían. En aquellos años, el desarrollismo —como hoy el ajuste y las privatizaciones— era ofrecido como el dogma socioeconómico que iba a corregir las miserias sin trastornar el sistema, sin necesidad de desembocar en una revolución como la cubana. Pero hete aquí que todo desarrollo necesita de recursos humanos. Por eso cobraron gran auge los planes educativos (recordar la experiencia de Paulo Freire en el Chile democristiano) y la planificación sanitaria. Se entendió también que la locura bien podía arruinar la mano de obra, así que por qué no probar con un servicio de Psicopatología en una zona obrera. "En el marco de la Alianza para el Progreso y la reunión de Punta del Este se planteó la necesidad de que se hiciera una planificación de los sectores sociales y se comenzó a enfatizar que el desarrollo necesitaba de trabajadores sano; se trataba entonces de desarrollarse económicamente, de planificar lo social y entre esto la salud, y la buena salud de nuestro pueblo iba a darse consecuentemente", recuerda Silvia Chiarvetti, titular de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, en un trabajo sobre ciencias sociales y salud.

En realidad, no puede entenderse la experiencia del hospital de Lanús, la envergadura que tomaría y su trágico desenlace y persecuciones si no se la pone en paralelo con el nacimiento de la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y una cierta apertura de parte de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). "Tanto José Bleger como Marie Langer derivaron discípulos al Servicio de Psicopatología de Lanús", recuerda Juan Carlos Volnovich, psicoanalista de niños y uno de los que trabajó a las órdenes de Goldenberg. Volnovich es, además, miembro del "espacio institucional" que se encargó de la organización del encuentro que se llevará a cabo en el Nacional Buenos Aires.

Por su parte, otros dos psiquiatras que trabajaron en Lanús en los mejores tiempos, Mario Fuks y Lucía Barbero, recuerdan que el Servicio de Psicopatología era en la época un lugar prestigioso, "un proyecto colectivo donde los pacientes podían ser oídos, atendidos y curados, donde se veían los resultados".

ANTES DE LAS CAPILLAS

Por el Servicio de Psicopatología de Lanús pasaron los más destacados profesionales "psi", esos que luego, con sus discípulos, alumnos y pacientes harían de Buenos Aires la Meca del psicoanálisis de América latina. Sobre todo, pasaron antes de que las rencillas académicas, doctrinales o por puro prestigio los separaran para siempre. Aquí van algunos nombres: Hernán Kesselman, uno de los fundadores del grupo Plataforma, aquel que se escindió de la APA criticando su apoliticismo; Carlos Sluzki, hoy uno de los mayores terapeutas sistémicos, radicado en Estados Unidos (ver columna de opinión en esta misma página); psicoanalistas de niños como Aurora Pérez, especialistas en adolescentes como Octavio Fernández Mouján; sanitaristas de renombre internacional como Alejandro Tarnopolski, hoy en Londres, o Isaac Lebav (en aquellos tiempos se llamaba Tuncho Lubchansky), actual director de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud; Juan David Nasio, hoy en París y uno de los mejores discípulos de Jacques Lacan; Vicente Galli, ex director de Salud Mental durante el gobierno radical.

Todos ellos, en sus años de formación, confluyeron en Lanús y atendieron tanto a obreros con problemas de alcoholismo o violencia familiar como a gente de clase media que no podía pagar honorarios de consultorio pero quería mantener una terapia como Freud manda. Y por supuesto, estudiantes de Psicología.

Con el tiempo, el servicio pasó a ser la vedette del hospital y en 1969 logró ser ampliado y mejorado gracias a algo que hoy se denominaría un sponsor. Poco después, debido a la influencia de la psiquiatría comunitaria, Goldenberg y sus muchachos se plantearon como desafío salir de los consultorios, por más públicos que fueran, hacia la comunidad, y aceptaron fondos de una fundación norteamericana para llevar a cabo una investigación sobre alcoholismo.

Curiosamente, esa investigación colocaría más tarde a Lanús en la mira de los militares. Lucía Barbero, que fue la última directora del servicio en el año 1977, luego de que su segundo titular, Valentín Boremblit fuera secuestrado y torturado antes de la intervención militar, aún hoy no se explica el porqué de tanta saña, que llevó incluso al secuestro del mismo servicio y delante de los pacientes de Marta Brea, hija del ex decano de Medicina Raúl Brea.

Pero las razones de la represión son de por sí, además de trágicas, absurdas: los resultados de la tan meneada encuesta sobre alcoholismo acabaron siendo utilizados para perfeccionar la cacería de líderes naturales en el partido de Lanús. Los mejores profesionales renunciaron y el servicio se desarmó y sólo muchos años después fue reconstruido parcialmente aunque nunca recobró su mítico esplendor. Marta Brea, por lo demás, sigue desaparecida.



Mauricio Goldenberg hace un año y en los tiempos de gloria del Servicio de Psicopatología del Hospital de Lanús.

ZONA DE RIESGO

Desde que la enfermera Florence Nightingale hiciera los primeros intentos, durante la guerra de Crimea, de agrupar a los pacientes más graves, las unidades de terapia intensiva se han desarrollado en todo el mundo hasta alcanzar al 80% de los hospitales. Sin embargo, estas áreas creadas para recibir pacientes en situación de amenaza vital muestran también las diferencias sociales y económicas que separan a los países ricos de los pobres.

En general, las unidades de terapia intensiva ocupan entre el 15 y el 20% del consumo hospitalario. Además, entre el 5 y el 10% de las camas de un hospital deberían estar destinadas a las áreas críticas. Sin embargo, en Zambia no existían unidades de este tipo hasta 1985 y la primera de ellas tuvo que ser construida con fondos de donaciones particulares y de embajadas. En Grecia, las camas de terapia intensiva representan sólo el 1,9% del total.

En la realidad argentina, mientras el sector privado muestra en los últimos años un crecimiento sostenido de camas de áreas críticas, en el sector público la falta de disponibilidad es adjudicada, principalmente, a razones presupuestarias. Dos bebés poliinfectados pelean por su vida en la misma incubadora de un hospital del Gran Buenos Aires. Un paciente infartado puede despertar en su cama de terapia intensiva de una clínica de la Capital Federal y ver los árboles a través de su ventana, por el mismo precio que una habitación de hotel internacional.

Por ideología institucional o profesional, las unidades de terapia intensiva suelen convertirse en una suerte de "agujero negro" en el que es muy difícil volver a tomar contacto con el paciente, a excepción del informe del médico a cargo o una corta mirada a través de un vidrio. La imagen social de la terapia intensiva es la de "el lugar al que se llega antes de morir", a pesar de que muchas personas salen de allí con una recuperación que permite esperar una calidad de vida aceptable. "Esta visión —dice Juan Pacín, presidente del VII Congreso Argentino de Terapia Intensiva que dará comienzo mañana en esta ciudad— predispone al paciente y a su familia de una manera muy particular que obliga al equipo de salud a fijar pautas de relación. Por eso es ideal que los miembros del triángulo paciente-familia-equipo de salud, interactúen permanentemente contenidos por un grupo de psicopatología."

"Para continuar el debate alrededor de los aspectos psicológicos de la terapia intensiva —dice Pacín— durante el VII Congreso se desarrollará, por primera vez, un taller dedicado al tema en el que se abordarán aspectos tales como las situaciones previas a la enfermedad, el dolor, el miedo, los aspectos sociales y económicos de la internación, la visita de los niños, así como la toma de decisiones, la responsabilidad compartida y las ideologías y patologías institucionales."

Si de falencias se trata, baste decir que la Argentina no cuenta con un centro de especialización en Enfermería de Terapia Intensiva y que sólo el 20% de los enfermeros/as de estas áreas tiene título habilitante. La crítica situación de esta profesión, no sólo por la falta de recursos humanos sino porque el desarrollo profesional no ha acompañado la evolución del conocimiento médico, se advierte notablemente en este ámbito donde las enfermeras/os deben cumplir actividades muy diferenciadas y detectar precozmente cualquier "señal de alarma" que indique cambios en el estado del paciente.

"El poco estímulo que existe en la sociedad actual a esta vocación —señala Juan Pacín—, sumado a la mala remuneración, dan paso a la insuficiencia de escuelas de enfermería con alto nivel de capacitación. Esta carencia obliga a mantener el nivel asistencial duplicando el trabajo médico y desviándolo de sus funciones específicas. Uno de los objetivos de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva es la creación de un centro de formación en enfermería especializada."

En el transcurso del VII Congreso Argentino de Terapia Intensiva —al que están invitados destacados especialistas de distintas nacionalidades— se intentará discutir también el camino de integración entre las autoridades sanitarias y las sociedades científicas para que, juntas, puedan ejercer el control del ejercicio profesional en todos sus aspectos.

En nuestro país, las instituciones de salud, en general, y las áreas de terapia intensiva, en particular, necesitan una "habilitación" para su funcionamiento del mismo modo que un local de lencería o un boliche bailable. La experiencia mundial indica que estas instituciones y áreas demandan, en cambio, una "acreditación" que debe ser renovada cada uno o dos años tanto en el servicio como en la revisión del título profesional.

Además, la capacitación y título habilitante de la especialidad debiera ser idéntica en todo el territorio nacional. Actualmente, las normas que rigen esta rama médica son de jurisdicción provincial y se llega a dar el caso de dos grupos distintos de evaluación y otorgamiento de título en una misma provincia argentina. Mientras tanto, y desde 1988, cruzando el charco se otorga el título de especialista europeo en Terapia Intensiva. Claro que para eso hay que estar en el Primer Mundo.



A 10.000 kilómetros

Conecté con Goldenberg y su equipo (para entonces eran unos seis) cuando yo era un estudiante de Medicina, en el año 1957. No sabía nada de nada, y lo seguía, mirando y oyendo por sobre su hombro lo que hacía y decía, y haciendo preguntas tonas e inteligentes que eran contestadas con igual respeto, cariño, sencillez y sabiduría. Fui parte de su equipo hasta 1971 (para entonces el Servicio contaba con más de 200 profesionales de tiempo parcial). Por haber entrado tan en los comienzos del Servicio, por mi dedicación tozuda, por mi relación de afecto con *el Jefe* y con la institución —una red estrecha y cálida de amigos, colegas, maestros y alumnos—, y, espero, un poco también por mis propias contribuciones al fondo común de ideas y acción, fui parte del equipo directivo del Lanús durante unos 9 años. Así, tuve la oportunidad de participar en la generación y el desarrollo del primer sector de internación psiquiátrica abierta en un hospital general, la primera residencia psiquiátrica fuera del hospital psiquiátrico y primera con orientación psicosocial, los primeros programas de extensión en psiquiatría social/comunitaria, y muchas otras actividades y programas que han sido definidos como primeros en la Argentina, y probablemente en América latina (y fueron tomados como modelo por la Organización Panamericana de la Salud).

Echando una mirada retrospectiva a ese período tan extraordinario de mi vida profesional y personal, lo que me resalta como experiencia más poderosa, más indeleble, es la oportunidad de haber estado inmerso por años en esa organización, esa familia (así era como lo sentía), esa comunidad terapéutica en el sentido más acabado del término, en la que se premiaba la evolución personal —en lugar de castigarla—, se favorecía la cooperación —en lugar de sabotearla—, se modelaba el respeto y el cariño por pacientes y por colegas —en lugar de mistificarlos—, se estimulaba la autonomía y la creatividad —en lugar de castrarlas—, se fortalecía la capacidad de aguantar la ambigüedad —en lugar de la fuga al fanatismo—, se practicaba la tolerancia —en lugar del prejuicio— al nivel de la ideología personal y de la actitud para con el conocimiento, se hacía lo que se decía, se predicaba con el ejemplo.

Pero eso no está en el pasado para mí: la impronta "Lanús" sigue tan presente como entonces en mi vida profesional cotidiana actual. Esa experiencia vive conmigo, en mis prioridades, en mi estilo, en mis intereses, en mi quehacer. En Berkshire Medical Center y en la University of Massachusetts Medical School, a unos 10.000 kilómetros de donde me nutrí, lo que hago es *Lanús-1992*. Claro que los que me rodean en mi Servicio no lo saben (y no porque me lo haya callado sino porque las tramas históricas no pueden ser compartidas vivencialmente). Lo que ocurre es que trato de proveer a mis colegas y pacientes actuales mi versión de ese contexto nutritivo, con la esperanza de poder replicar (y así compartir, al menos en parte) la riqueza de lo que recibí a partir de un día de 1957 en que, estudiante de Medicina, me acerqué tímidamente a Mauricio Goldenberg y le pedí permiso para aprender de él.

** (Jefe, Departamento de Psiquiatría, Berkshire Medical Center, Pittsfield, Massachusetts, EE.UU.; profesor de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de Massachusetts en BMC.)*

Policlínico de Lanús





Mauricio Goldenberg hace un año y en los tiempos de gloria del Servicio de Psicopatología del Hospital de Lanús.

Con el tiempo, el servicio pasó a ser la vedette del hospital y en 1969 logró ser ampliado y mejorado gracias a algo que hoy se denominaría un sponsor. Poco después, debido a la influencia de la psiquiatría comunitaria, Goldenberg y sus muchachos se plantearon como desafío salir de los consultorios, por más públicos que fueran, hacia la comunidad, y aceptaron fondos de una fundación norteamericana para llevar a cabo una investigación sobre alcoholismo.

Curiosamente, esa investigación colocaría más tarde a Lanús en la mira de los militares. Lucía Barbero, que fue la última directora del servicio en el año 1977, luego de que su segundo titular, Valentín Boremblit fuera secuestrado y torturado antes de la intervención militar, aún hoy no se explica el porqué de tanta saña, que llevó incluso al secuestro del mismo servicio y delante de los pacientes de Marta Brea, hija del ex decano de Medicina Raúl Brea.

Pero las razones de la represión son de por sí, además de trágicas, absurdas: los resultados de la tan meneada encuesta sobre alcoholismo acabaron siendo utilizados para perfeccionar la cacería de líderes naturales en el partido de Lanús. Los mejores profesionales renunciaron y el servicio se desarmó y sólo muchos años después fue reconstruido parcialmente aunque nunca recobró su mítico esplendor. Marta Brea, por lo demás, sigue desaparecida.

ZONA DE RIESGO

Desde que la enfermera Florence Nightingale hiciera los primeros intentos, durante la guerra de Crimea, de agrupar a los pacientes más graves, las unidades de terapia intensiva se han desarrollado en todo el mundo hasta alcanzar al 80% de los hospitales. Sin embargo, estas áreas creadas para recibir pacientes en situación de amenaza vital muestran también las diferencias sociales y económicas que separan a los países ricos de los pobres.

En general, las unidades de terapia intensiva ocupan entre el 15 y el 20% del consumo hospitalario. Además, entre el 5 y el 10% de las camas de un hospital deberían estar destinadas a las áreas críticas. Sin embargo, en Zambia no existían unidades de este tipo hasta 1985 y la primera de ellas tuvo que ser construida con fondos de donaciones particulares y de embajadas. En Grecia, las camas de terapia intensiva representan sólo el 1,9% del total.

En la realidad argentina, mientras el sector privado muestra en los últimos años un crecimiento sostenido de camas de áreas críticas, en el sector público la falta de disponibilidad es adjudicada, principalmente, a razones presupuestarias. Dos bebés poliinfectados pelean por su vida en la misma incubadora de un hospital del Gran Buenos Aires. Un paciente infartado puede despertar en su cama de terapia intensiva de una clínica de la Capital Federal y ver los árboles a través de su ventana, por el mismo precio que una habitación de hotel internacional.

Por ideología institucional o profesional, las unidades de terapia intensiva suelen convertirse en una suerte de "agujero negro" en el que es muy difícil volver a tomar contacto con el paciente, a excepción del informe del médico a cargo o una corta mirada a través de un vidrio. La imagen social de la terapia intensiva es la de "el lugar al que se llega antes de morir", a pesar de que muchas personas salen de allí con una recuperación que permite esperar una calidad de vida aceptable. "Esta visión —dice Juan Pacin, presidente del VII Congreso Argentino de Terapia Intensiva que dará comienzo mañana en esta ciudad— predispone al paciente y a su familia de una manera muy particular que obliga al equipo de salud a fijar pautas de relación. Por eso es ideal que los miembros del triángulo paciente-familia-equipo de salud, interactúen permanentemente contenidos por un grupo de psicopatología."

"Para continuar el debate alrededor de los aspectos psicológicos de la terapia intensiva —dice Pacin— durante el VII Congreso se desarrollará, por primera vez, un taller dedicado al tema en el que se abordarán aspectos tales como las situaciones previas a la enfermedad, el dolor, el miedo, los aspectos sociales y económicos de la internación, la visita de los niños, así como la toma de decisiones, la responsabilidad compartida y las ideologías y patologías institucionales."

Si de falencias se trata, baste decir que la Argentina no cuenta con un centro de especialización en Enfermería de Terapia Intensiva y que sólo el 20% de los enfermeros/as de estas áreas tiene título habilitante. La crítica situación de esta profesión, no sólo por la falta de recursos humanos sino porque el desarrollo profesional no ha acompañado la evolución del conocimiento médico, se advierte notablemente en este ámbito donde las enfermeras/os deben cumplir actividades muy diferenciadas y detectar precozmente cualquier "señal de alarma" que indique cambios en el estado del paciente.

"El poco estímulo que existe en la sociedad actual a esta vocación —señala Juan Pacin—,sumado a la mala remuneración,dan paso a la insuficiencia de escuelas de enfermería con alto nivel de capacitación. Esta carencia obliga a mantener el nivel asistencial duplicando el trabajo médico y desviándolo de sus funciones específicas. Uno de los objetivos de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva es la creación de un centro de formación en enfermería especializada."

En el transcurso del VII Congreso Argentino de Terapia Intensiva —al que están invitados destacados especialistas de distintas nacionalidades— se intentará discutir también el camino de integración entre las autoridades sanitarias y las sociedades científicas para que, juntas, puedan ejercer el control del ejercicio profesional en todos sus aspectos.

En nuestro país, las instituciones de salud, en general, y las áreas de terapia intensiva, en particular, necesitan una "habilitación" para su funcionamiento del mismo modo que un local de lencería o un boliche bailable. La experiencia mundial indica que estas instituciones y áreas demandan, en cambio, una "acreditación" que debe ser renovada cada uno o dos años tanto en el servicio como en la revisión del título profesional.

Además, la capacitación y título habilitante de la especialidad debiera ser idéntica en todo el territorio nacional. Actualmente, las normas que rigen esta rama médica son de jurisdicción provincial y se llega a dar el caso de dos grupos distintos de evaluación y otorgamiento de título en una misma provincia argentina. Mientras tanto, y desde 1988, cruzando el charco se otorga el título de especialista europeo en Terapia Intensiva. Claro que para eso hay que estar en el Primer Mundo.



Opinión

Por Carlos E. Sluzki*

A 10.000 kilómetros

Conecté con Goldenberg y su equipo (para entonces eran unos seis) cuando yo era un estudiante de Medicina, en el año 1957. No sabía nada de nada, y lo seguía, mirando y oyendo por sobre su hombro lo que hacía y decía, y haciendo preguntas tonas e inteligentes que eran contestadas con igual respeto, cariño, sencillez y sabiduría. Fui parte de su equipo hasta 1971 (para entonces el Servicio contaba con más de 200 profesionales de tiempo parcial). Por haber entrado tan en los comienzos del Servicio, por mi dedicación tozuda, por mi relación de afecto con *el Jefe* y con la institución —una red estrecha y cálida de amigos, colegas, maestros y alumnos—, y, espero, un poco también por mis propias contribuciones al fondo común de ideas y acción, fui parte del equipo directivo del Lanús durante unos 9 años. Así, tuve la oportunidad de participar en la generación y el desarrollo del primer sector de internación psiquiátrica abierta en un hospital general, la primera residencia psiquiátrica fuera del hospital psiquiátrico y primera con orientación psicosocial, los primeros programas de extensión en psiquiatría social/comunitaria, y muchas otras actividades y programas que han sido definidos como primeros en la Argentina, y probablemente en América latina (y fueron tomados como modelo por la Organización Panamericana de la Salud).

Echando una mirada retrospectiva a ese período tan extraordinario de mi vida profesional y personal, lo que me resalta como experiencia más poderosa, más indeleble, es la oportunidad de haber estado inmerso por años en esa organización, esa familia (así era como lo sentía), esa comunidad terapéutica en el sentido más acabado del término, en la que se premiaba la evolución personal —en lugar de castigarla—, se favorecía la cooperación —en lugar de sabotearla—, se modelaba el respeto y el cariño por pacientes y por colegas —en lugar de mistificarlos—, se estimulaba la autonomía y la creatividad —en lugar de castrarlas—, se fortalecía la capacidad de aguantar la ambigüedad —en lugar de la fuga al fanatismo—, se practicaba la tolerancia —en lugar del prejuicio— al nivel de la ideología personal y de la actitud para con el conocimiento, se hacía lo que se decía, se predicaba con el ejemplo.

Pero eso no está en el pasado para mí: la impronta "Lanús" sigue tan presente como entonces en mi vida profesional cotidiana actual. Esa experiencia vive conmigo, en mis prioridades, en mi estilo, en mis intereses, en mi quehacer. En Berkshire Medical Center y en la University of Massachusetts Medical School, a unos 10.000 kilómetros de donde me nutrí, lo que hago es *Lanús-1992*. Claro que los que me rodean en mi Servicio no lo saben (y no porque me lo haya callado sino porque las tramas históricas no pueden ser compartidas vivencialmente). Lo que ocurre es que trato de proveer a mis colegas y pacientes actuales mi versión de ese contexto nutritivo, con la esperanza de poder replicar (y así compartir, al menos en parte) la riqueza de lo que recibí a partir de un día de 1957 en que, estudiante de Medicina, me acerqué tímidamente a Mauricio Goldenberg y le pedí permiso para aprender de él.

** (Jefe, Departamento de Psiquiatría, Berkshire Medical Center, Pittsfield, Massachusetts, EE.UU.; profesor de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de Massachusetts en BMC.)*

MI MAS QUERIDA EXPERIENCIA

*Por Mauricio Goldemberg **

La experiencia parecía un poco un sueño para los que veníamos de una formación tradicional, formación de Hospital Psiquiátrico (hospitales cerrados, hacinados, con una cantidad de problemas muy serios) y dentro de los cuales habíamos trabajado para conseguir con mucho esfuerzo sólo algunos cambios. Era algo así como abrirnos una puerta, encontrar otra manera de hacer lo que pensábamos, por lo menos lo que yo pensaba.

Cuando empezamos fue muy difícil, teníamos que enfrentar grandes resistencias y el rechazo de la comunidad hospitalaria. Por ejemplo, cuando yo pasaba por algún pasillo del hospital y me encontraba con el jefe de Clínica Médica, al saludarnos, sonrientemente, decía: "¿Dónde tenés escondido el aparato de electroshock?".

Salvo honrosas excepciones, los jefes de servicios, médicos, enfermeras, paraprofesionales y el personal de limpieza, todos, veían al servicio de psiquiatría como algo injertado, extravagante, extraño, y a sus integrantes, raros, diferentes. Los chistes y otras conductas de rechazo expresaban no sólo la actitud respecto de nosotros sino sus propios conflictos.

Para cambiar nuestra imagen pensamos que lo mejor era trabajar mucho y seriamente. Tratamos de acercar gente joven, especialmente, y si era posible con poca formación para que la hicieran con nosotros, participando de nuestra ideología que, fundamentalmente, trascendía de la cosa estrictamente clínica para tener una proyección social.

Estar en el servicio era un compromiso, además de profesional, humano; en él se luchaba por la asistencia específica de lo "enferm‹ " y el mejoramiento del hombre sano y de su ámbito. Lo que teníamos que hacer no era solamente atender, recetar píldoras o hacer psicoterapia, sino que teníamos que intentar de alguna manera cambiar a esta comunidad, la hospitalaria, tal cual estaba funcionando y luego acceder al área comunitaria extrahospitalaria, importante por el número de habitantes y el tipo de población, desinformada con respecto a los problemas de Salud Mental, y sin acceso económico a una psiquiatría privada con honorarios altos o medianos, que por lo tanto no sólo no demandaba sino que no tenía la posibilidad de atenderse. En síntesis, no recibía ninguna atención.

Atendíamos a los pacientes que venían "de la calle" o derivados de otros servicios a la Consulta Externa, e internábamos a los pacientes que detectábamos, cuidadosamente elegidos, para las pocas camas que teníamos, al mismo tiempo que trabajábamos con la gente del hospital, lo que llamábamos el "frente interno". Creamos una estrategia para integrarnos con ellos. Nos fuimos entendiendo bien, nuestro grupo ya estaba formado por algunos psicólogos, algunos psiquiatras y una licenciada en Ciencias de la Educación. Ibamos a los Ateneos de los otros Servicios, especialmente de Medicina Interna, y donde podíamos meter una banderilla lo hacíamos. Eramos muy respetuosos en el contacto con el resto de los médicos, del personal y de los pacientes. Muy puntuales y responsables en las interconsultas. Funcionábamos con modestia en tanto y en cuanto no intentábamos dar clase, ni deslumbrar a nadie con nuestra jerga. Porque como los psiquiatras y los psicólogos tenemos alguna formación filosófica y cultural (en algunos casos, no en todos) decimos "palabras", "cosas" muy lindas o muy "difíciles" algunas veces con bastante omnipotencia. La idea era que no entráramos en competencia, en una competencia asimétrica, donde no fuéramos los "sabios", ni los raros, ni los extravagantes, sino que hasta nos vestíamos igual (usábamos guardapolvo blanco). Funcionábamos en plano de igualdad, tratando de ayudarlos en los problemas con los pacientes, y poco a poco fuimos consiguiendo que se interesaran, fueran pidiendo cada vez más nuestra ayuda no sólo para los pacientes de Clínica, de Gastroenterología, Cardiología, o de Cirugía, sino también para sus propios problemas o de sus familiares. (...)



PREVENCION EXTERNA

Más tarde, decidimos hacer una experiencia de psiquiatría social en una de las "villas" (barrios) que rodeaban a la ciudad de Lanús, próxima a nuestro hospital. Para ello creamos el Departamento de Psiquiatría Social, coordinado por un ex alumno, graduado en Psiquiatría Social y Comunitaria en EE.UU. y formamos un equipo con antropólogos, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras con formación epidemiológica en Salud Mental. Hicimos un estudio previo y elegimos un área que era la que tenía mejor comunicación con el hospital y estaba bastante bien delimitada. Con esta población, en una habitación de la villa que servía como Sala de Primeros Auxilios, comenzamos nuestra experiencia de Psiquiatría Social que fue muy enriquecedora. Trabajar con ese grupo de la comunidad fue una experiencia bellísima. Por ejemplo: para conseguir cambios en la actitud de ese grupo para poder trabajar con ellos, para que nos aceptaran, los integrantes del Departamento, tuvieron que hacer cosas tremendas: lo primero que hicimos fue ayudarlos para que se organizaran para hacer las zanjas para que corrieran las aguas servidas, concurrir a reuniones nocturnas, ¡qué sé yo cuántas!, con distintos grupos: amas de casa, políticos, religiosos, etc. Al final conseguimos un cierto consenso, se detectaron y también se trabajó con los líderes naturales de esa comunidad. Se consiguió un grupo de mujeres de la "villa", a las que se dio un curso a su nivel (otra vez enseñar y aprender); que hicieron sin faltar, prácticamente, ninguna vez.

Algunos eran casi analfabetos, pero con una actitud, una fuerza... se les dieron algunas nociones para que entendieran lo que era Salud Mental, cómo se podían detectar algunos problemas, la importancia de poder actuar precozmente; ciertas normas para ayudar a los chicos, a las mujeres embarazadas, a los alcohólicos, etc. Para jerarquizar esa situación, me acuerdo porque fue uno de los tantos momentos lindos que he vivido, hicimos un acto en el Aula Magna del hospital, que era muy espaciosa, bien puesta, muy linda. Conseguimos que fuera el director del hospital, el intendente de la Ciudad de Lanús, los profesionales del servicio y gente de la "villa miseria", toda la que pudo vino esa mañana. A los cursantes les dimos un diploma de promotores de Salud de la Comunidad. Después de un año de trabajo, conseguimos realizar un programa con las mujeres embarazadas que eran detectadas y conducidas por las promotoras para su atención psicológica (además del psicoprofiláctico se atendían por otros problemas); un programa de alcoholismo en la villa, donde había muchos casos; conseguimos entrar en la escuela que estaba más cerca de la villa, por presión de ellos mismos y que la directora y las maestras nos aceptaran, e hicimos un programa. Acá la idea era hacer prevención primaria y secundaria, es decir, ayudar y asesorar a la gente para que supieran detectar los problemas y derivarlos adecuadamente o evitar que aparecieran.

Conseguimos que otros servicios del hospital, como el de Ginecología, Obstetricia y el de Pediatría colaboraran en un programa de investigación y asistencia, detectando cuáles eran los médicos con mayor sensibilidad social y dispuestos a integrarse con nosotros para este trabajo. Hicimos un programa bellísimo, consiguiendo que casi todas las mujeres de la villa atendieran sus partos en el servicio de Obstetricia del hospital en vez de hacerlo con la comadrona o en malas clínicas. Concurrían a la consulta muy precozmente, seguían las instrucciones, aconsejadas por la promotoras de Salud que a su vez eran controladas por nuestros trabajadores de Salud Mental. En el hospital eran bien atendidas antes, durante y después del parto. Inmediatamente después del parto, los niños eran examinados por los pediatras de "nuestro grupo" que, con nuestros psicólogos, se ocupaban de su control, asesoramiento y seguimiento. ¿Cuál era el objetivo de este trabajo de investigación? Otra vez: atender, enseñar e investigar cuando se puede.

Por lo que habíamos visto en la villa y los alrededores, había una patología perinatal responsable de problemas psicopatológicos, no sólo epilepsia y retardo, sino también las famosas "lesiones cerebrales mínimas", que crean condiciones básicas, la posibilidad o la disposición para otras patologías. Este era un verdadero programa de prevención primaria: evitando la patología perinatal se evitaba la aparición de la psicopatología. En esta área tuvimos otra experiencia, muy linda: había cantidad de curanderos y decidimos empezar a trabajar directamente con ellos. Hay varios tipos de curanderos, algunos son auténticos, participan de las pautas culturales de la comunidad; otros son farsantes, estafadores, saben que están trampeando. Estos últimos fueron desechados. Con los primeros, se comunicaron los miembros del Departamento de Psiquiatría Social. Ellos nos daban muchas veces información útil en ciertas patologías. Además tenían contacto con una masa muy particular que no iba a buscar otra asistencia. Entonces se fueron haciendo transacciones de "colega a colega", delimitándoles bien su campo. Por ejemplo: una crisis histérica, ellos podían reducirla en la grey que atendían simplemente por sugestión. "Bueno si no hace más que eso y lo resuelve enseguida, es su territorio". "Si dura mucho, o usted ve algo rarito, envíelo al hospital a nuestro servicio, que va a ser rápidamente atendido y muy tomada en cuenta su derivación."

Algunos empezaron a mandar pacientes al servicio, cosa que antes no ocurría, con el riesgo de cronificarse o agravarse. Gracias a esta modalidad de trabajo, contamos con un "personal paraprofesional" que hacía atención primaria. ¿Cuál fue la tarea de los curanderos?: actuar como agentes de cambio, modificando su actitud y enseñando.

* *Tomado de Introducción al psicoanálisis, de Luis Hornstlin, Editorial Trieb, Bs. As., 1983. Fragmento de un seminario dictado por Goldemberg en 1982 en Caracas, donde reside actualmente.*